THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 **THÈSE** N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

André JUBELIN

Né à Paris le 8 mars 1897

Contribution à l'Etude de la

SYPHILIS DE L'ESTOMAC

Président : M. le Professeur RATHERY

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

—

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N...	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
N...	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
BOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique

MM.	
RETTERER	Histologie.

66802

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
N...	Clinique médicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MES SŒURS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE ET COMPARÉE

Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

MÉDECIN DES HÔPITAUX

Hommage de vive gratitude pour m'avoir inspiré le sujet de cette thèse et m'avoir guidé de ses conseils.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. LES PROFESSEURS WIDAL, DELBET, CARNOT, LEGRIS, AUVRAY, LARDENNOIS, DEBRE.

MM. LES DOCTEURS DEVRAIGNE, BABONNEIX, BENSAUDE, MICHON

INTRODUCTION

Parmi les manifestations viscérales de la syphilis, la syphilis gastrique est certes l'une des moins bien connues. Ce n'est pas faute de travaux récents à ce sujet mais, d'une part, il n'est pas en gastropathie un syndrome, un symptôme qui fasse la preuve de la syphilis gastrique ; et d'autre part le rôle de la syphilis si souvent invoqué dans les syndromes gastriques d'ordre banal est loin d'être prouvé. En un mot, il n'y a pas une affection gastrique dont on puisse dire à coup sûr, c'est de la syphilis gastrique. Aussi tous les travaux s'y rapportant actuellement, restent-ils forcément dans le vague et d'un auteur à l'autre on peut se faire une idée très différente du rôle de la syphilis dans les affections de l'estomac.

Nous n'espérons pas mettre au point cette question dont l'importance appelle des travaux bien plus considérables, mais à l'occasion de quelques cas, nous avons voulu saisir l'occasion de revoir brièvement ce qu'on pourrait englober aujourd'hui sous la rubrique

syphilis-gastrique. C'est là en quelque sorte « faire le point » à propos d'un problème qui ne sera résolu que plus tard.

Nous verrons qu'il est des cas où indiscutablement il s'agit de syphilis gastrique : « on a affaire à des gommes de l'estomac». Par malheur ces formes vraiment spécifiques sont et d'une extrême rareté et d'une allure clinique des plus frustes. Ce n'est pas là ce qu'on entend d'ordinaire par syphilis gastrique. Au contraire il est des cas cliniques bien plus fréquents, mais où le rôle de la syphilis est plus ou moins évident.

Tantôt, il s'agit de syndromes gastriques où la majorité des auteurs s'accordent à retenir le rôle de la syphilis comme très important sinon constant, tel est le cas de la linite plastique.

Tantôt il s'agit simplement de rechercher la part de la vérole dans les affections gastriques les plus variées. C'est alors envisager ce qui revient à la syphilis dans l'histoire de l'ulcère gastrique, du cancer de l'estomac, des sténoses gastriques et même dans les dyspepsies. C'est ici que les avis varient le plus. Comme il n'est pas de signe pathognomonique, il faut se fonder sur des nuances cliniques, sur des modes évolutifs pour accepter l'hypothèse de syphilis gastrique.

Il reste qu'on ne peut affirmer à coup sûr la syphilis qu'assez rarement. En effet les deux arguments qui paraissent décisifs : 1° les preuves que le sujet est syphilitique. 2° les résultats du traitement spéci-

fique n'ont peut être pas toute la valeur qu'on a voulu leur accorder.

Un syphilitique peut en effet être atteint d'une affection digestive non spécifique; l'amélioration par le traitement peut n'être qu'une coincïdence. Il en résulte qu'il faut être très prudent pour affirmer en pareil cas un diagnostic de syphilis gastrique. Autrement dit la syphilis gastrique au sens anatomique du mot est une rareté et n'a pas d'histoire clinique nette. Le rôle de la syphilis dans les affections gastriques banales n'est rien moins que prouvé.

Toutefois, il est des cas où quelque symptôme disparate, une évolution anormale, une amélioration considérable par le traitement spécifique permettent d'envisager le rôle de la syphilis.

Nous nous proposons donc de faire une brève revue de ces différents aspects de la syphilis gastrique, en montrant pour chaque cas les problèmes de discussion étiologique et diagnostique qu'il pose.

C'est à propos surtout de plusieurs observations dues à l'obligeance du Dr Grenet et se rapportant à des syndromes ulcéreux et néoplasiques que nous marquerons l'intérêt de dépister la syphilis sous une affection gastrique qui ne s'avère pas d'elle-même de nature syphilitique.

Nous étudierons :

Dans un premier chapitre : l'historique.

Puis : les manifestations gastriques, syphilitiques secondaires; la gastrite chronique; l'ulcère syphilitique;

le pseudo-cancer; les sténoses gastriques; la linite, et les conclusions.

Nous ne voulons ainsi que rappeler rapidement les différents aspects du problème et montrer qu'au contraire de ce qui se passe pour d'autres syndromes gastriques, la syphilis de l'estomac n'est pas encore nettement codifiée.

Cependant et alors même que le traitement spécifique ne mérite pas ici le nom de traitement d'épreuve, il n'en reste pas moins, tant au point de vue théorique qu'au point de vue pratique, qu'il faut savoir penser à la syphilis en matière de pathologie gastrique.

Ce modeste travail ne vise à rien d'autre que de rappeler devant quels symptômes insolites on doit discuter ou admettre ce diagnostic malaisé de syphilis gastrique.

HISTORIQUE.

L'étude de la syphilis gastrique a passé par plusieurs étapes : *empirique*, *clinique*, anatomo-histologique et biologique *empirique* :

On trouve des allusions à des manifestations syphilitiques de l'estomac dans de vieux auteurs comme Montaigne (1750) et Verni, qui conseillent déjà « de passer le malade par les frictions mercurielles, le seul remède que l'on peut regarder comme capable de le guérir radicalement » — C'est Andral qui, pour la première fois, en 1834, constatant des ulcérations syphilitiques du pharynx chez une malade dont les désordres gastriques n'avaient cédé à aucun traitement, eut l'idée de rapporter cette gastropathie à la syphilis. Il institua un traitement spécifique ; les effets furent si rapides, qu'après les premières frictions, l'état de la malade n'était plus reconnaissable.

Clinique. — On trouve depuis cette époque un certain nombre d'observations cliniques dans la littérature médicale. Rappelons les principales observations

et les travaux essentiels dus à Lancereaux (1864-1866), à Cornil (1874-1879), à Gailliard (1886), à Chiari (1885 et 1891) dont la statistique est partout citée ; à Hemmeter et Stokes (1900), à Dieulafoy (1902) et surtout au professeur Hayem (1905-1906).

C'est en 1907 que Pater, dans sa thèse de doctorat, faisant une revue critique des cas publiés à cette date, élimine un certain nombre d'observations peu probantes et s'attache à démontrer l'entité histo-pathologique de la syphilis gastrique.

Anatomique — histologique — biologique. — Dès ce moment, les auteurs s'attachent à rechercher le plus possible et à donner la preuve de la syphilis par les examens histologiques faits *post-mortem* ou par les examens de pièces obtenues au cours d'interventions chirurgicales.

A partir de 1910, deux méthodes d'investigations nouvelles : La réaction de Bordet-Wassermann pour la recherche de la syphilis, et l'examen radioscopique qui permet d'examiner l'estomac dans sa forme, son fonctionnement et de pouvoir ainsi contrôler l'efficacité du traitement, surtout lorsqu'il s'agit de déformations de l'estomac.

Enfin, la syphilis gastrique a pris droit de cité dans les traités classiques avec l'article si remarquable du professeur Fournier (Traité de la syphilis, 1906), celui de J. C. Roux (1907), l'excellent article de Hayem et Lion dans le nouveau traité de médecine et de thérapeutique (Paris, 1913), ceux plus récents encore de Bassler, de

Kemp (Philadelphie 1907), de Lenoir et Agassé-Lafont (1923) et les publications de Félix Ramond (Paris 1920), Florand et Girault (1922), Bensaude et Rivet.

De copieux travaux ont été publiés en Allemagne sur la question, notamment par Brunner 1907, par Haussmann (1913). Ils n'ajoutent que bien peu de chose aux descriptions fondamentales des auteurs français et notamment à celles des professeurs Fournier et G. Hayem.

ETIOLOGIE.

Nous rechercherons d'abord la fréquence des lésions gastriques chez des syphilitiques, puis la fréquence de la syphilis chez les gastropathes, nous terminerons par l'hérédo-syphilis tardive.

1° **Fréquence des lésions gastriques chez les syphilitiques.** — Fournier disait que les affections syphilitiques de l'estomac, bien que très rares, étaient cependant moins rares qu'on ne le pensait couramment.

On cite toujours la statistique de Chiari, qui, examinant systématiquement, à l'autopsie, l'estomac de 243 syphilitiques (dont 145 cas d'hérédo-syphilis et 98 de syphilis acquise), ne rencontra que trois cas de lésions nettement spécifiques.

Cette statistique ne tient pas compte des cas ayant régressé sous l'influence d'un traitement. Or ces cas sont fréquents, aucune manifestation de la syphilis ne paraissant plus sensible au traitement que celles-ci. Aussi tous les auteurs qui se sont placés au point de vue purement clinique et pratique, ont-ils été frappés

de la fréquence relativement grande de l'affection. C'est ainsi que Hayem disait en avoir observé quatre à cinq cas par an.

2° **Fréquence de la syphilis chez les gastropathes.** — En Amérique, Smithes, en 1915, publie une statistique portant sur l'observation de 7.545 sujets atteints de troubles dyspeptiques, il a noté la syphilis gastrique dans 26 cas, soit 0,34 %.

Certains auteurs américains donnent, surtout en ce qui concerne l'ulcère, des pourcentages de syphilis beaucoup plus élevés.

3° **Hérédo-syphilis gastrique tardive.** — Nous ne pouvons envisager dans cette étude les troubles digestifs du nourrisson hérédo-syphilitique. Qu'il nous suffise de rappeler que les observations histo-pathologiques de Chiari reposent presque toutes sur des nouveau-nés ou des fœtus hérédo-syphilitiques. Monsieur le professeur Marfan, signale la fréquence de l'hérédo-syphilis dans la maladie des vomissements habituels.

Plusieurs auteurs allemands (Birsch-Hirschfeld, Bittner, Oberndoffer, Aristoff), cités dans la thèse de Pater, ont étudié l'anatomie pathologique des lésions gastriques dans l'hérédo-syphilis. Mackay, cité dans la même thèse, rapporte un cas de syphilis gastrique dans l'hérédo-syphilis tardive.

Les signes de l'hérédo-syphilis gastrique tardive semblent donc, d'après ces observations, se ramener au type de la dyspepsie à type hyperesthésique viscéral.

Si l'on se rapporte à la thèse de Pater, on voit que les accidents gastriques de la syphilis acquise s'observent surtout chez l'homme, ce qui paraît s'expliquer par une fréquence plus grande d'autres intoxications associées, l'alcoolisme en particulier.

Aucun âge n'est rebelle à ces manifestations. Par rapport à l'ancienneté de la syphilis, la date d'apparition des accidents est des plus variables, puisqu'ils peuvent s'observer en pleine période secondaire, ou, au contraire, très tardivement; 40 ans après le chancre, dans un cas de Hayem. Chaque forme anatomique correspond d'ailleurs plutôt à telle ou telle étape de l'infection syphilitique.

Manifestations gastriques syphilitiques secondaires.

Les troubles apparaissent au début de la période secondaire, sont contemporains de la roséole, ils coexistent avec un état infectieux que l'on peut observer de temps à autre, le plus souvent chez la femme.

Ces troubles dyspeptiques peuvent être attribués à l'infection; on note souvent une légère élévation de température, 38°, de la céphalée, de l'inappétence, de la constipation. Ces symptômes réalisent ce que Fournier a appelé le typhose secondaire.

Il est d'autres cas où les troubles dyspeptiques s'accompagnent d'inaptitude au travail intellectuel et physique, de bouffées de chaleur. En effet, dans ces cas, le syndrome dyspeptique secondaire, semble résulter d'une

asthénie, d'un défaut d'activité des glandes et des muscles de l'estomac et de l'intestin. L'appétit est diminué. Après le repas, il se produit un ballonnement pénible de l'épigastre avec sensation de pesanteur et de plénitude. La constipation est de règle, avec émission de gaz par l'anus et la bouche, s'accompagnant d'une atténuation des malaises gastriques.

Ces troubles, dus pour la plus grande part à l'ingestion de médicaments anti-spécifiques, ne sont plus observés depuis que l'on traite la syphilis par les voies sous-cutanée, intra-musculaire et veineuse.

Fournier a signalé, principalement chez les femmes atteintes de syphilis à formes plus particulièrement nerveuses, des cas de boulimie apparaissant avec les premières poussées des accidents secondaires.

Si cet état se prolonge, il peut entraîner des désordres gastriques ou intestinaux plus ou moins graves.

Pour Fournier qui a vu cette boulimie accompagnée presque toujours de signes généraux et de troubles nerveux, et qui se demandait qu'elle était la nature de ce phénomène, il y a plutôt lieu de penser qu'il s'agit d'une lésion des centres nerveux que de modifications des sécrétions gastriques.

Nous voyons donc que, dans la période secondaire, qu'il s'agisse de troubles digestifs au cours de l'état infectieux de cette période, ou de troubles consécutifs à l'ingestion de médicaments, l'estomac ne semble pas être lésé directement par la syphilis.

Nous en arrivons à la syphilis tertiaire de l'estomac,

bien plus fréquente. Elle peut se manifester sous de nombreuses formes : dyspeptiques, ulcéreuses, pseudo-cancéreuses, linites et sténoses. A part les formes dyspeptiques occasionnées par des lésions diffuses, superficielles, la syphilis tertiaire de l'estomac est beaucoup mieux individualisable parce qu'elle correspond à des lésions profondes et limitées de l'estomac.

Forme de gastrite chronique.

Cette forme a été particulièrement bien étudiée par Fournier. Plus récemment Florand et Girault et leur élève Kurzenne ont bien insisté sur les divers aspects de cette forme particulière.

On ne trouve dans ses manifestations aucun signe qui puisse indiquer sa nature syphilitique. Elle est en effet composée par l'ensemble des symptômes suivants : sensibilité, puis endolorissement de la région épigastrique; troubles dyspeptiques variés et multiples : digestions lourdes, lentes, difficiles, avec éructations, aigreurs, « barre sur l'abdomen » suivant l'expression des malades, malaise stomacal constant, mais avec exacerbations déterminées par l'ingestion des aliments; quelquefois ballonnement du ventre, ou même légère dilatation gastrique s'accusant par du tympanisme et du clapotement; troubles gastralgiques : douleurs, crampes avec irradiations abdominales.

Vomiturition, puis, à une époque plus avancée, vomissements devenant de plus en plus répétés, soit

aqueux, glaireux et filants, soit alimentaires, quelquefois même, mais rarement, mêlés de sang.

Enfin, à un degré plus élevé, véritable intolérance stomacale; malade aboutissant à ne plus garder que les liquides, le lait, l'eau. Et comme conséquences naturelles de tels symptômes apâlissement progressif, perte des forces, puis dépérissement.

Dans la règle, cette gastrite est rebelle à tous les régimes et à toutes les médications gastriques usuelles, parfois pendant des années, jusqu'au jour où l'on a l'idée d'instituer le traitement spécifique qui, même par voie buccale, fait rétrocéder rapidement les accidents. Bon nombre d'observations en font foi. C'est Andral qui le premier a rapporté l'histoire d'une femme spécifique qu'il traitait depuis longtemps sans aucune amélioration pour des troubles gastriques. Un beau jour, cette femme présenta une gomme du pilier. Andral la fit traiter alors par le traitement spécifique qui amena la guérison non seulement de sa gomme mais de ses troubles gastriques. Tels sont encore les deux autres cas dus à Trousseau et à Rivals, cas dans lesquels des accidents de ce genre cédèrent rapidement au mercure, alors qu'ils s'étaient montrés réfractaires à quantité d'autres remèdes pour une durée incroyable de 10 et 11 années.

ULCÈRE SYPHILITIQUE

L'histoire de l'ulcère de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis constitue un des chapitres les plus intéressants de la syphilose gastrique. Mais ici encore des difficultés nombreuses surgissent et la certitude n'est atteinte ni cliniquement ni même thérapeutiquement.

Il faut insister sur ce que les ulcérations gastriques dues à la syphilis posent deux groupes de problèmes tout à fait différents :

1° D'une part c'est la question du rôle de la syphilis dans un ulcère gastrique banal et ce rôle n'a pas manqué d'être envisagé de longue date. L'ulcère de Cruveilhier dont l'étiologie en effet est floue, pour ne pas dire inconnue, a été par certains attribué à la syphilis, comme par d'autres à la tuberculose ou à des infections banales. En réalité, cette étiologie ne joue pas un rôle tellement important : sur cent ulcères d'estomac, on ne trouve guère que vingt à trente syphilitiques et lorsqu'on en tire argument, on n'oublie qu'une chose c'est que, sur une population normale, on trouve les mêmes chiffres, c'est-à-dire vingt à trente pour cent de syphilitiques.

2° D'autre part il y a des ulcères d'estomac syphilitiques : se sont des faits tout à fait différents des précédents et, vraisemblablement, il s'agit de gommes ramollies et ulcérées. Ce sont là des cas peu fréquents, mais outre qu'ils comportent une sanction thérapeutique, on comprend tout l'intérêt pathogénique qui leur est dévolu. Si l'estomac ne fait pas exception en ce qui concerne la lésion syphilitique par excellence : la gomme, il est logique d'admettre qu'il ne fera pas exception en ce qui concerne les lésions moins spécifiques comme cela est admis pour toutes les autres syphilis viscérales et notamment pour la syphilis du foie.

1) **La syphilis est à la base d'un certain nombre d'ulcères typiques.** — Voyons quels sont les arguments en faveur de cette façon de voir. Les auteurs ayant étudié cette question se sont basés sur : *A*) la fréquence des antécédents spécifiques; *B*) la fréquence de la ε-réaction; *C*) l'anatomie pathologique; *D*) l'épreuve du traitement.

A) *Fréquence des antécédents spécifiques.* — Cette fréquence des antécédents spécifiques avait déjà frappé les auteurs tels que Lang, estimant que 20 % des ulcères survenaient chez des syphilitiques; cette proportion a été retrouvée par Castaigne, en 1918, sur un grand nombre de militaires examinés pour des troubles gastriques.

Si l'on s'en tient à ces chiffres, on est bien obligé de reconnaître qu'ils ne constituent pas vraiment un ar-

gument de grande valeur, la proportion étant encore trop faible pour ne pas représenter autre chose qu'une coïncidence.

B) Fréquence de la ε-réaction. — La fréquence de la ε-réaction positive dans les cas d'ulcère simple est cependant plus impressionnante. Ainsi s'explique-t-on que les auteurs américains, se fiant souvent uniquement au résultat positif de la réaction de Bordet-Wassermann, fassent une si grande part à la syphilis gastrique et que certains aillent même jusqu'à admettre, comme Castex et Mathis, que tous les ulcères gastriques sont d'origine syphilitique acquise ou héréditaire. Les chiffres diffèrent suivant les auteurs, il est difficile alors d'en tenir compte. Les résultats ne sont pas assez nombreux pour en tirer une conclusion.

C) *Anatomie pathologique.* — Cade et Morenas insistent sur la constatation au fond de l'ulcère présumé syphilitique du vaisseau béant qui a donné lieu à l'hémorragie terminale. Il n'y a là vraiment aucun indice permettant d'incriminer la syphilis, à moins que l'histologie pathologique ne démontre dans les parois du vaisseau rompu des lésions permettant de le comparer à un petit anévrisme, analogue aux anévrismes des artères cérébrales.

Eustermann qui a examiné microscopiquement des ulcères, en tire les résultats suivants : atrophie de la muqueuse au voisinage des bords de l'ulcus, hypertrophie de la sous-muqueuse et surtout oblitérations vas-

culaires par endartérite avec infiltration lymphocytique péri-vasculaire.

Il y a là évidemment des présomptions en faveur d'un processus subaigu ou chronique analogue à ceux causés par la syphilis ou la tuberculose, mais il n'y a pas de preuve certaine de spécificité.

D'ailleurs l'ulcère ne peut être ici que le résultat commun et toujours identique de la digestion par le suc gastrique d'un tissu préalablement altéré, lésé ou troublé dans son fonctionnement et son trophisme. La lésion initiale est bien spécifique, mais elle a pu disparaître sans laisser de traces ou se fixer dans des points très éloignés de l'ulcération.

D) *Epreuve du traitement.* — On comprend qu'une gomme puisse fondre rapidement; moins aisément une gastrite lymphoscléreuse, plus lentement une sclérose cicatricielle et déformante depuis longtemps installée, plus difficilement encore une sorte d'ulcère trophique conditionné comme le mal perforant plantaire par des légions nerveuses ou artérielles lointaines et anciennes.

Il est donc difficile d'affirmer que l'ulcère simple, le plus banal, ne dépend point de la syphilis, qu'il n'est point une manifestation parasyphilitique, au moins dans un grand nombre de cas.

Il est impossible de nier qu'il puisse l'être, et seul l'échec d'un traitement persistant, intensif peut apporter à l'hypothèse l'argument négatif qui lui manque.

2) **Ulcus syphilitique bien individualisé.** — Cette forme correspond à l'ouverture d'une gomme ramollie dans la cavité gastrique, à son ulcération, plus ou moins modifiée secondairement dans son aspect par l'action des sucs peptiques.

Certaines formes simulent absolument l'ulcus gastrique avec ses vomissements, ses douleurs, ses irradiations, son amaigrissement et ne peuvent en être distingués cliniquement.

Certains auteurs ont décrit certaines formes cliniques de l'ulcère, qui permettraient de dépister l'ulcère syphilitique, se sont :

a) La forme hémorragique, signalée par Fournier dont on connaît les belles observations, dans lesquelles les hémorragies cédaient à l'ingestion d'iodure de potassium. Lœper et Bory en ont signalé deux cas personnels : l'un concerne un Martiniquais syphilitique qui fit pendant deux années consécutives quatre hématémèses graves et fut guéri définitivement par le traitement spécifique; l'autre se rapporte à une femme de 23 ans qui mourut de l'ouverture d'une branche de la coronaire ulcérée par une gomme péri-artérielle absolument ignorée. Bensaude et Rivet en ont observé plusieurs cas relatés dans la thèse de Baulot.

b) Certains auteurs et en particulier Rosanow ont insisté sur le caractère nocturne des douleurs qui paraît exceptionnel.

Voyons maintenant comment dépister cet ulcère sy-

philitique. Etudions le chimisme gastrique, le cyto-diagnostic et l'épreuve du traitement.

Chimisme gastrique. — Les auteurs allemands ont particulièrement bien insisté sur l'absence de l'hyperchlorhydrie dans les ulcères syphilitiques. Ce symptôme n'a évidemment de valeur que s'il est observé avec constance dans des cas certains de syphilis gastrique; or fait remarquer Glaser, à propos d'une observation personnelle histologiquement contrôlée, si les analyses de suc gastrique dans des cas de syphilis gastrique certains, contrôlés, sont exceptionnelles, l'acide chlorhydrique libre y faisait le plus souvent défaut.

Neugebauer, qui, sur deux cents soldats syphilitiques infectés, a trouvé dans 18 % des cas une absence complète ou à peu près complète d'acide chlorhydrique libre, en attribue la cause également à une gastrite syphilitique diffuse, mais sans doute aussi pour une part à des troubles vagotoniques.

Quoiqu'il en soit, l'hypochlorhydrie est d'un grand intérêt pour le diagnostic étiologique dans un syndrome où l'hyperchlorhydrie est généralement considérée comme de règle.

Cyto-diagnostic. — Le cyto-diagnostic montrerait dans la syphilis gastrique une abondance particulière de lymphocytes. L'importance de ce symptôme est un peu diminué du fait qu'il se rencontre dans la tuberculose ulcéreuse de l'estomac; mais celle-ci est d'une

extrême rareté et la recherche des bacilles peut d'autre part servir à la caractériser.

Epreuve du traitement. — Quant à l'épreuve thérapeutique, elle apporte au diagnostic un appoint considérable, surtout s'il s'agit de cas dont la transformation sous son influence est évidente d'une semaine à l'autre, et ne peut être attribuée au régime ou au hasard. Pourtant si l'action rapidement favorable d'un traitement anti-syphilitique est un argument de quasi-certitude en faveur de l'origine spécifique des phénomènes observés, une action insuffisante ou nulle ne saurait constituer une preuve du contraire; car l'ulcère syphilitique peut s'accompagner et s'accompagne souvent de lésions de scléroses ou de cicatrices, lésions constituées, aussi peu soumises parfois à l'action du traitement spécifique que la cicatrice d'une gomme cutanée.

Observations.

F..., 28 ans, comptable, entre à l'hôpital le 12 octobre 1922, pour crise douloureuse s'étant produite la veille vers 5 heures de l'après-midi, au cours d'un trajet en autobus avec perte presque complète de connaissance.

A l'interrogatoire, on apprend que la douleur siégeait dans tout l'abdomen avec maximum à droite. Aucune irradiation. Aucun trouble dans l'émission des urines. Aucun trouble du transit digestif. Cette crise a duré une dizaine de minutes.

Le malade prétend n'avoir jamais eu de crises abdominales et douloureuses semblables. Cependant, un interrogatoire

soigné permet de constater qu'à trois reprises, en 1914, 15 et 17, il y a eu trois épisodes syncopaux avec, peut-être, sensation pénible ou plutôt angoissante au niveau de la partie supérieure droite de l'abdomen. On peut admettre qu'il s'agit là d'un équivalent de la grande crise actuelle.

Examen. — Langue saburrale. Ventre non ballonné, souple. A la palpation, on réveille une douleur dans le quadrant supéro-externe droit sans qu'on puisse la localiser devantage. Cependant, il n'y a pas de douleur au point vésiculaire. Pas de clapotis, pas de mouvements péristaltiques.

L'histoire digestive de ce malade est alors précisée. En effet, il se plaint de difficultés de la digestion, de crises diarrhéiques, de perte de l'appétit, et quelquefois sensation de brûlure plusieurs heures après le repas. Mais ces antécédents digestifs ne se présentent pas de façon typique, par des crises nettes séparées par des intervalles non troublés.

On se demande, du reste, si ces troubles digestifs ne doivent pas être mis sur le compte de l'absorption, en 1916, d'un verre de teinture d'iode (tentative de suicide).

En fait, il n'y a pas eu, à ce moment là, de troubles digestifs notables. Depuis lors, les troubles digestifs ne se sont pas accusés davantage et, surtout, il n'y a pas de signes œsophagiens, ce que la radiologie vérifiera. Le meilleur argument est que les troubles digestifs existaient avant la prise de cette teinture d'iode.

L'évolution va prouver : 1° qu'il existe bien une ulcération digestive; 2° que la syphilis peut être discutée comme étant à sa base.

1° *L'ulcération gastrique.* — En effet, dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, le malade présente du mœlena assez abondant et les selles seront retrouvées sanglantes presque

tous les jours, du 13 octobre au 24 octobre. Il semble donc que la douleur presque syncopale du début et les tendances lipothymiques aient été liées une à hémorragie, par ulcération digestive. La radiologie permet de localiser cette ulcération. L'examen pratiqué par le Dr Gally (laboratoire du Dr Maingot), donne les résultats suivants : « Il y a certainement un ulcus de la petite courbure situé peut-être à côté du pylore, peut-être au milieu de la petite courbure. La silhouette gastrique, aperçue à l'écran, présente une déformation due à l'ulcus. Il est possible que la partie de l'estomac aperçue, soit une poche supérieure placée au-dessus d'une sténose médio-gastrique. Il est également possible que l'endroit déformé corresponde au pylore (bien que celui-ci ne paraisse pas sténosé et laisse évacuer l'estomac en six heures).

En tout cas, la déformation est certainement due à un ulcus avec adhérences et péri-gastrite.

2° *La syphilis.* — La syphilis, est mise en évidence par le malade lui-même. En 1920, il a eu un chancre mixte avec Bordet-Wassermann, positif et suivi du reste d'un bubon et d'une roséole. Un traitement anti-syphilitique fut institué, mais cessé assez rapidement. Il n'a même pas duré deux ans et a été arrêté après négativation du Bordet-Wassermann.

Discussion de cette observation. — Cette observation est essentiellement une observation de discussion et elle nous paraît particulièrement intéressante parce qu'elle se présente dans les conditions cliniques où, d'ordinaire, on est amené à discuter la syphilis gastrique.

Plusieurs facteurs étiologiques peuvent, en effet, être confrontés :

1° Absorption de teinture d'iode : ne paraît pas devoir être retenu. Outre que d'ordinaire elle donne plutôt un syndrome œsophagien, elle ne s'est accompagnée d'aucun redoublement des troubles et le malade ne paraît pas en avoir autrement été incommodé.

2° La syphilis apparaît comme logiquement incriminable puisque : elle est avérée; elle a été mal traitée. Mais il faut bien convenir que les petites crises retrouvées par l'interrogatoire en 1914-1915 et 1917, semblent bien être d'origine gastrique et par conséquent l'affection gastrique aurait été antérieure à l'infection syphilitique. Toutefois, nous ferons remarquer que les troubles digestifs continus (perte de l'appétit, troubles diarrhéiques, sensation de brûlure après les repas) n'ont apparu qu'après 1920. Il semble qu'il y ait eu un redoublement depuis l'apparition de la syphilis et on est en droit de discuter le rôle de la syphilis dans cette aggravation.

Conclusion. — Il s'agit d'une ulcération gastrique à siège médio-gastrique. Le rôle de la syphilis y semble prouvé parce que les signes n'en étaient que fort vagues, retrouvés seulement que par un interrogatoire minutieux alors que la contamination syphilitique a, au bout de deux ans, déterminé des accidents beaucoup plus graves. Une telle observation de discussion résume des cas nombreux où le rôle de la syphilis ne peut qu'être envisagé et non pas prouvé.

Observation.

G. F..., 39 ans. Ce malade vient consulter à l'hôpital Laënec en décembre 1922, pour une histoire d'hématémèses à répétition. La dernière date du 22 août 1922, et d'emblée la notion de ces quatre hématémèses réparties sur une période de sept ans et séparées par des intervalles de bonne santé fait penser à une ulcération gastrique.

Les hématémèses se sont, en effet, produites à quatre reprises :

1er hématémèse : en juillet 1915, abondante, se continuant pendant plusieurs jours et suivie de vomissements qui contenaient également un peu de sang, les jours suivants. Les douleurs ne paraissent pas avoir été nettes à ce moment-là. Ces signes faisaient soigner le malade à l'hôpital Saint Antoine, pendant l'année 1916 et, l'on y porte le diagnostic d'ulcus gastrique.

2e hématémèse : en mai 1916, beaucoup moins abondante que la précédente.

3e hématémèse : en 1917, accompagnée de mœlena. Notons à nouveau, qu'en dehors des vomissements de sang, on ne trouve pas trace de douleurs ou de signes digestifs importants.

4e hématémèse : le 22 août 1922.

Ce n'est qu'en 1918, qu'apparaissent, en dehors des vomissements de sang, les douleurs au creux épigastrique et des vomissements. Un examen radiologique pratiqué le 14 décembre 1922, montre une encoche de la petite courbure, tandis que le chimisme gastrique révèle la présence d'acide chlorhydrique libre et l'augmentation du taux normal de l'acidité totale.

Bref, il s'agit de l'histoire d'une ulcération de la petite

courbure, se traduisant par des hématémèses à répétition, sans grands troubles digestifs, sans altération de l'état général.

Mais, d'autre part, la syphilis est avérée chez ce malade, et c'est une syphilis active, ayant donné à plusieurs reprises des accidents. En 1905, chancre induré de la verge, qui ne reçut, comme traitement, que la liqueur de Van Swieten et des pilules de Dupuytren pendant trois mois. Deux mois plus tard, des syphilides secondaires apparurent, ainsi qu'une céphalée qui persista plusieurs mois. Le malade reçut, alors, des injections de benzoate et d'huile grise, qui furent cessées assez rapidement; de 1906 à 1914, il n'y eut absolument aucun traitement. Mais en janvier 1914, un léger ictus incomplet, une aphasie transitoire, une monoplégie fugace survinrent et, en mars 1914, de la rachialgie, des douleurs fulgurantes firent aussi leur apparition. En juillet 1915, enfin, un Bordet-Wassermann, fut, pour la première fois, pratiqué, qui se montra positif. Rappelons que c'est en juillet 1915 que ce malade présenta sa première hématémèse. Il semble bien que, dès ce moment, ont ait envisagé le diagnostic d'ulcus syphilitique de l'estomac, puisqu'en janvier 1916, M. le Dr Œttinger adressait ce malade à M. Hudelo, afin d'entreprendre un traitement de l'ulcus par la médication syphilitique. Dès lors, le malade reçut un traitement beaucoup plus actif sous différentes formes (séries d'injections d'énesol, de cyanure de mercure, de benzoate de mercure, d'ectine, de novar, de sulfarsénol). Le Bordet-Wassermann, pratiqué de nouveau à plusieurs reprises, variait de la sub-positivité à la négativité complète. Pendant cette période de traitement actif, de 1916 à 1922, il n'y eut que deux hématémèses et peu abondantes.

Depuis 1922, le traitement se poursuivit ininterrompu, et

l'on ne note pas de nouvelles hématémèses, si ce n'est au moment de l'examen radiographique de décembre 1922, où il vomit du sang après l'ingestion de gélobarine.

Le 17 mai 1923, un nouvel examen radiographique pratiqué par M. le Dr Maingot, donne le résultat suivant : « Six heures après un repas opaque, l'estomac, le duodénum et le jéjunum ne contiennent plus de sulfate de baryum. Toute la drogue est accumulée dans l'iléon et le cœcum.

Deuxième repas : traversée œsophagienne et remplissage gastrique normaux. Estomac de forme banale; point déclive cinq centimètres au-dessous de la ligne bisiliaque.

De face et de profil, aucune déformation des contours gastriques ne localise une lésion pariétale. Le point spontanément douloureux indiqué par le malade se projette un peu au-dessus de l'antre prépylorique.

Pendant les premières minutes de l'examen, l'antre prépylorique se contracte mollement. Aucun flux pylorique ne s'établit.

Mobilité gastrique et pylorique normale.

Pas de sensibilité à la pression sur la petite courbure, pas non plus sur le pylore.

Cinq à six minutes après le deuxième repas opaque, de fortes contractions segmentent l'antre prépylorique, mais les premières ondes n'amorcent pas le flux duodénal.

Bulbe duodénal normal au point de vue de la forme et des dimensions.

Cycle rapide dans les deuxième, troisième, quatrième portions du duodénum.

Premières anses jéjunales banales.

Un quart d'heure, vingt minutes après le deuxième repas opaque, une couche de liquide transparent de un à deux

centimètres de haut, surmonte le mucilage baryté dans la grosse tubérosité de l'estomac.

Le malade fut ensuite perdu de vue. Mais on a pu savoir que, depuis 1923 jusqu'à une date récente, il souffrait encore parfois, mais n'avait pas eu de nouvelles hématémèses.

Discussion de cette observation. — Un fait est patent dans cette observation : c'est qu'il s'agit d'un ulcus gastrique donnant des hématésèses à répétition, dont les deux premières furent importantes au point qu'elles firent envisager la possibilité d'une intervention chirurgicale. La discussion s'amorce quand il s'agit de préciser les rapports de la syphilis et de cette ulcération. Ce qu'il y a de certain, c'est que le malade est un syphilitique; la syphilis datant de dix ans avant la première hématémèse. On notera, d'autre part, que cette hématémèse survint au moment même où le malade présentait d'autres accidents évolutifs syphilitiques et un Wassermann entièrement positif. Enfin, le traitement à cette période était presque complètement inexistant. Le traitement fut ensuite appliqué et de façon intensive et ininterrompu et si on voit se reproduire des hématémèses d'une part, elles sont très peu importantes; d'autre part, l'une d'elle paraît liée aux manipulations d'un examen radiologique. Un dernier argument vient du contraste entre cette histoire d'hématémèses et le peu de troubles digestifs et d'atteinte générale. Cependant, on pourrait faire observer qu'un répit sépare également les deux premières hématémèses

survenues en dehors d'un traitement actif, mais ces répits ne durent que fort peu, de juillet 1915 à mai 1916, et lorsque le traitement est entrepris, les répits s'allongent et surtout les hématémèses deviennent beaucoup moins abondantes. Enfin, nous insistons sur ce que, depuis décembre 1922, un traitement particulièrement actif est institué et c'est depuis ce moment-là que les hématémèses ne se sont pas reproduites. Si jamais on peut parler de traitement d'épreuve en matière de syphilis gastrique, il semble bien qu'ici l'épreuve soit concluante.

Observation.

G... 54 ans.

On n'a pu assister qu'à la partie toute terminale de l'histoire de ce malade et le diagnostic ne fut posé qu'à la faveur d'un examen biologique et de constatations nécropsiques.

Cet homme tomba, le 24 octobre 1923, brusquement dans le coma. Son médecin posa le diagnostic d'urémie probable et le fit conduire à l'hopital. L'interne de garde trouva ce malade toujours dans le coma et pratiqua une petite saignée et une ponction lombaire. Dans la nuit du 24 au 25 octobre, le malade fut très agité. Mais le 25 octobre, au matin, on se trouve en présence d'un malade blafard, exsangue et en le découvrant, on trouve les draps abondamment souillés par des selles noirâtres, sanglantes. Il est toujours sans connaissance, et le pouls est misérable, incomptable. Malgré diverses tentatives thérapeutiques, les hémorragies continuent par le rectum, et sans que le malade sorte de cet état de torpeur, il meurt le 27 octobre.

On tente de reconstituer son histoire, et l'on apprend :

1° *Antécédents* : qu'il n'avait jamais eu aucuns troubles digestifs, que, depuis le début brutal de ces accidents, on n'avait vu aucune hémorragie se produire. On ne notait dans son histoire antérieure qu'une légère bronchite.

2° A l'examen du liquide céphalo-rachidien prélevé à l'hôpital on trouva à côté d'une cytologie normale une réaction de Bordet Wassermann entièrement positive.

3° L'autopsie donne des renseignements encore plus intéressants : Estomac et intestin sont remplis de sang alors que les autres organes sont exsangues. Sur l'estomac, on trouve immédiatement au-dessous du cardia quatre ulcérations parfaitement arrondies. Deux sont situées vis-à-vis l'une de l'autre et sont du diamètre d'une pièce de deux francs; les deux autres sont plus petites. Toutes sont planes, bien limitées, à bords peu saillants.

Mais un fait capital est que l'on trouve sur l'aorte thoracique des plaques d'aortite extrêmement nombreuses.

En l'absence de tout examen histologique qui n'a pu être pratiqué par suite de l'état de putréfaction avancée au moment de l'autopsie on ne peut que supposer sans l'affirmer péremptoirement qu'il s'agissait d'un ulcus gommeux du cardial.

Conclusion. — Il s'agit d'hémorragies gastriques rapidement mortelles chez un individu sans passé gastrique connu, sur la foi de réactions biologiques et du constat d'une aortite thoracique intense, il paraît logique de soupçonner le rôle de la syphilis à l'origine des ulcérations gastriques trouvées à l'autopsie.

L'examen histologique aurait pu préciser davantage :

en son absence l'aspect bien spécial des lésions semble plaider pour des ulcérations gommeuses du cardia.

Observation.

Mme S..., vue à la consultation.

Cette observation n'est citée qu'à titre d'exemple : un malade est porteur d'un ulcus gastrique, on trouve chez lui des stigmates suspects de syphilis. Quels sont les rapports entre cette syphilis possible et l'ulcus constaté.

Il s'agit d'une femme, alcoolique avérée chez qui les crises gastriques douloureuses firent pratiquer un examen radiologique qui montra l'existence d'un ulcus de la petite courbure.

Mais on notait en plus des cicatrices pigmentaires sur les membranes inférieures, une abolition des réflexes rotuliens et achilléens, une légère inégalité pupillaire sans signe d'Argyll Robertson et sans signe de Romberg. Le Bordet-Wassermann se montrait négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidiens.

Ici, deux problèmes :

1° Sur ces signes cliniques faut-il incriminer la syphilis? Si l'absence de réflexes pouvait être mise au compte d'une polynévrite alcoolique, les autres signes paraissent rendre la syphilis probable.

2° L'ulcère est-il syphilitique?

Seuls les résultats du traitement pourraient donner des arguments.

Conclusions

Ulcus de la petite courbure chez une femme alcoolique qui présente des stigmates suspects de syphilis ancienne. Impossibilité d'affirmer que l'ulcère est de nature syphilitique.

PSEUDO-CANCER SYPHILITIQUE

On décrit classiquement une forme pseudo-néoplasique de la syphilis gastrique qui nous paraît, au point de vue clinique, l'une des plus importantes parce qu'elle est peut-être reconnaissable parfois plus nettement. C'est en effet un tableau complet semble-t-il d'un néoplasme gastrique : mais quelques signes insolites, un état général longtemps conservé, une évolution paradoxalement allongée constituent une symptomatologie anormale. C'est sur cette anomalie que se fonde essentiellement le diagnostic de syphilis. Il ne faut pas compter l'étayer davantage par la radiologie : elle montre une image lacunaire; sur les réactions biologiques : ce pourrait être un cancer chez un syphilitique. Il ne faut pas compter davantage sur le traitement; si parfois, il en résulte des améliorations, bien souvent, il n'est en rien un traitement d'épreuve et reste en grande partie inefficace.

A côté d'une telle forme, il ne faut pas oublier de signaler, chemin faisant, les rapports de la syphilis et du cancer vrai de l'estomac. Pour le néoplasme gastrique comme pour tous les autres néoplasmes, certains

auteurs ont soutenu que la syphilis jouait un rôle prédisposant. La syphilis ferait véritablement le lit au cancer mais il faut bien avouer qu'il n'a pas été donné de preuve décisive à l'appui de pareilles hypothèses.

Clinique. — La syphilis de l'estomac simulant le cancer semble affecter plus souvent l'homme que la femme. Les excès, la fatigue et surtout l'alcoolisme ont été fréquemment signalés dans les antécédents des malades.

Les statistiques ne signalent qu'un petit nombre de cas, mais il semble évident que le traitement spécifique a pu faire régresser certaines tumeurs qui sont ainsi passées inaperçues. Et même en présence de certains cas de longue survie après cancers de l'estomac opérés, on peut se demander, lorsqu'il n'y a pas eu d'examen histologique, si l'on ne se trouvait pas en face de cas de syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse.

Symptômes. — Cette forme simule absolument le cancer de l'estomac. Aux troubles d'intolérance gastrique et aux symptômes douloureux s'ajoute une véritable tumeur, tumeur dure, possible à bien circonscrire, faisant nettement corps avec l'estomac. De sorte que cette tumeur appelle immédiatement l'attention sur le cancer.

Dans une observation, le professeur Hayem signale avoir senti nettement à la palpation un plastron diffus s'étendant sur la région de la vésicule biliaire.

La conservation d'un bon état général n'est même pas constante.

M. le professeur Letulle a signalé le cas d'un malade chez lequel l'inanition et l'épuisement avait fait porter un pronostic sévère sur un diagnostic de cancer de l'estomac, celui-ci a d'ailleurs rapidement guéri par le traitement spécifique.

La syphilis de l'estomac peut même simuler une sténose pylorique néoplasique avec dilatation de l'estomac et stase alimentaire.

Le diagnostic est donc évidemment difficile et de nombreuses erreurs ont été commises. Nous rappellerons les observations du professeur Fournier signalées dans son traité, celles de Bensaude et Rivet rapportées dans la thèse de leur élève Lipschitz. Enfin, plus récemment l'observation de Marcel Pinard : « il s'agissait d'un malade opéré en 1920 pour sténose pylorique. A l'opération on avait noté l'existence d'un néoplasme rétro-pylorique. Adénopathie et lymphangite cancéreuse, surtout marquée au niveau de l'angle duodéno-jéjunal qui était de ce fait attiré en haut (gastro-entérostomie) ; en 1923 le malade allait bien, il avait engraissé de 14 kg. A ce moment on doute du diagnostic opératoire. En 1925 il continuait à bien se porter. Il avait eu un chancre syphilitique 28 ans auparavant avec roséole et plaques muqueuses, traité longtemps par le mercure ».

Le diagnostic ne repose donc sur aucun élément clinique pathognomonique. C'est l'examen histolo-

gique, après extirpation chirurgicale de la tumeur qui pourra prouver la nature de la lésion.

Dans d'autres cas le diagnostic peut être éclairé par la notion d'antécédents spécifiques, la présence de signes de spécificité ou une réaction de Bordet-Wassermann positive. On aura alors intérêt à tenter le traitement spécifique, véritable « pierre de touche » sinon comme le dit le professeur Fournier « c'est se condamner à ne le diagnostiquer jamais ».

Observation.

B..., 57 ans, entre à l'hôpital en juin 1924, afin de préciser le siège d'une lésion gastrique n'ayant donné que peu de signes fonctionnels et précisé surtout par l'examen radiologique.

L'histoire antérieure est, en effet, réduite à un minimum de troubles. Ce n'est qu'en décembre 1923, que ce malade a présenté une diarrhée assez abondante (6 à 8 selles par jour) et opiniâtre. En même temps, il a maigri de plus de dix kilos, il n'a jamais eu ni douleurs gastrique, ni vomissements.

L'examen du malade révèle :

1° Cliniquement : une défense musculaire assez notable au niveau du muscle grand droit et, à droite de la ligne médiane et surtout immédiatement au-dessus de l'ombilic. Pas de douleur à la pression, mais à ce niveau la palpation fait sentir une sorte de noyau arrondi, non douloureux, mobile, non adhérent aux plans superficiels. Le reste de l'examen du malade n'offre pas de particularité.

2° La radiologie (examen de M. le Dr Maingot) : « Six heures après un repas opaque, une petite quantité de sulfate de Ba,

demeure encore dans le fond de l'estomac ; le reste de la drogue est dans l'iléon, le cœcum et le côlon ascendant.

Un deuxième repas remplit un estomac dont le point déclive, tombe à 8 cm. au-dessous de la ligne bisiliaque.

L'extrémité pylorique de l'antre, est entamée par deux lacunes formées : l'une aux dépens de la grande courbure ; l'autre de la petite. Les pressions légères augmentent l'étendue des lacunes. Les manœuvres de rétraction de l'abdomen prouvent que la zone lacunaire conserve une mobilité satisfaisante. Pas de sensibilité à la pression sur la zone lacunaire. Le défilé qui passe entre les deux lacunes à environ un centimètre. Pas de déformation visible sur la grosse tubérosité de l'estomac.

De profil, les faces antérieure et postérieure du segment vertical de l'estomac sont régulières. Le flux pylorique coule lentement ».

De tels signes conduisaient à penser immédiatement à un néoplasme gastrique ; mais l'attention était attirée par une histoire de syphilis ancienne, extrêmement nette. Le malade a eu un chancre trente ans auparavant, en 1889, pour lequel il n'a été traité que par de l'iodure. Il n'a eu de traitement véritablement actif (10 injections de cyanure de Hg. et injections de bismuth), que lorsque est apparue la diarrhée déjà signalée. Fait remarquable, ce traitement, qui souvent devient diarrhéique, a, dans le cas présent, fait complètement disparaître la diarrhée.

Autres stigmates syphilitiques : pupilles inégales, la droite plus petite que la gauche, la gauche réagissant faiblement à la lumière. Le Bordet-Wassermann, se montre négatif, le 18 juillet 1924. Il n'a pas été pratiqué dans le liquide céphalo-rachidien, le malade refusant la ponction lombaire.

Les reflexes tendineux, sont normaux.

Pour juger du rôle de la syphilis dans ce syndrome néoplasique de l'estomac, le malade est mis au traitement antisyphilitique (20 injections de un centigramme de cyanure et tréparsol par per os).

Signalons, qu'au début même de ce traitement et, pour la première fois depuis le début de son histoire, notre malade présente un vomissement alimentaire, le 19 juillet 1924 avec rejet de sang à la fin du vomissement et léger mœlena consécutif.

Cet homme sort de l'hôpital, en juillet 1924.

Il revient nous trouver, en octobre 1924 : on est frappé de constater que si les signes physiques se sont accentués, la symptomatologie fonctionnelle et l'état général n'ont guère empiré. En effet, on note seulement une hématémèse de sang rouge, le 3 octobre 1924. L'état général s'est, au contraire, amélioré, et ce malade, pendant la durée de son traitement anti-syphilitique, a repris cinq kilos.

L'examen, à ce moment montre : dans le creux épigastrique, une masse à égale distance, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde assez mobile, régulièrement arrondie, un peu sensible à la pression avec une contracture diffuse à la partie supérieure du creux épigastrique. Le foie est de volume entièrement normal.

Il semble donc que le traitement anti-syphilitique, ait amélioré l'état général de ce malade sans aucunement toucher aux lésions physiques. Dans ces conditions, on décide d'instituer : 1° un traitement d'épreuve intensif; 2° en cas d'échec, une laparotomie exploratrice.

1° *Le traitement d'épreuve.* — Traitement triple pendant trois semaines environ, par novarsénobenzol intra-veineux,

benzo-bismuth intra-musculaire et iodure de potassium à hautes doses par la bouche : aucune modification dans les signes constatés.

2° *Laparotomie exploratrice.* — Fut alors pratiquée fin octobre 1924, par M. le Dr Sauvé, dans le service du Dr Auvray. On tombe directement, sur une grosse masse bourgeonnante, villeuse, occupant la face antérieure de l'estomac, formant, à ce niveau, une tumeur plus saillante que les autres lésions et qui était celle perçue par la palpitation. D'autre part, le lobe gauche du foie était déjà envahi par ce même tissu d'aspect bourgeonnant.

Un tel aspect, était bien celui d'une lésion néoplasique. Une biopsie eut été nécessaire pour préciser la nature histologique de la tumeur, mais, en présence de l'étendue et de l'importance des lésions qui étaient inextirpables, le chirurgien se refusa à toucher à la tumeur, de crainte d'accidents. Gastro-entérostomie à distance de la tumeur.

A ce stade, le diagnostic parut évident de cancer de l'estomac et on s'attendit à une évolution désormais rapide.

La suite de l'évolution devait montrer une prolongation, vraiment anormale pour un cancer de l'estomac, puisque ce malade put reprendre du poids, reprendre une vie active, supporter le choc d'une infiltration d'urine opérée d'urgence, pour ne mourir que le 7 août 1925.

En effet, en février 1925, cet homme fit une péri-uréthrite avec infiltration d'urine, qui fut opérée d'urgence par M. le Dr Sauvé, à l'hôpital Necker. Il s'en remit et, en avril 1925, on notait de l'engraissement, un bon état général, une légère dyspnée, mais pas de signes généraux de l'ordre de ceux liés à l'existence d'un néoplasme. En mai 1925, ce malade a repris le poids qu'il avait avant le début de tous les accidents (80 kg.).

L'état général est satisfaisant au point que le sujet peut faire encore des randonnées à bicyclette (30 kilomètres). Mais, en juillet 1925, il revient consulter pour un ictère apparu progressivement, très foncé, et accompagné de décoloration des matières fécales, urines chargées de pigments biliaires, prurit intense. A ce moment, les signes digestifs deviennent plus nets. Toujours pas de vomissements, mais des lourdeurs et de véritables crises douloureuses après les repas et, surtout, une anorexie marquée. Il n'a cependant maigri que de trois kilos. A la fin du mois de juillet, l'ictère est devenu encore plus foncé et, surtout, le ventre est ballonné; il y a de l'œdème des membres inférieurs et une ascite légère. La cachexie commence seulement à s'installer et l'amaigrissement progresse. Enfin, le malade meurt le 7 août 1925, à son domicile, dans des conditions qui n'ont pu être précisées, mais de façon assez rapide, semble-t-il.

Discussion de cette observation.

Cette observation offre le type d'une lésion à type de néoplasme de l'estomac vérifié par la radio mais où la syphilis ancienne connue, l'action un moment favorable du traitement et surtout l'anomalie évolutive pose la question de l'origine syphilitique. La question ne peut être tranchée définitivement puisque l'examen histologique manque, mais en pratique, il en est habituellement de même, et l'on ne peut manquer d'être frappé par ce fait que c'est chez des syphilitiques certains que de tels syndromes néoplasiques évoluent d'une façon anormalement lente avec un état général longtemps conservé. Dirons-nous qu'il s'agit d'une forme pseudo-

néoplasique typique ou d'un néoplasme chez un syphilitique? Il est difficile de décider. L'épreuve du traitement elle-même ne peut renseigner; dans notre cas elle a paru d'abord donner un résultat heureux puis le traitement est ensuite resté inefficace. Toutefois, notre malade a fait un ictère et paraît avoir été affecté d'une métastase hépatique. Ce serait l'indice d'un néoplasme vrai chez un syphilitique. D'ailleurs s'agirait-il même d'une lésion uniquement syphilitique il est permis de se demander si le traitement la pourrait réduire. Comme nous l'avons déjà dit l'individualité clinique de semblables faits nous paraît venir surtout du contraste frappant entre les signes néoplasiques typiques et un état général conservé, de l'évolution prolongée. Bref cette observation montre qu'il est logique, devant ces formes anormales de cancer de l'estomac, de soulever la question de la syphilis et lorsqu'elle est prouvée seule l'action rapide et réelle du traitement pourra décider s'il s'agit d'une forme pseudo-néoplasique de syphilis gastrique ou d'un cancer à type spécial chez un syphilitique.

Observation.

H..., 48 ans, facteur des postes.

Ce malade est vu en juin 1922 à l'hôpital Broca par le Dr Grenet. Il est amaigri, le facies jaune et il se plaint surtout d'inappétence presque absolue, de douleurs gastriques sourdes, de vomissements. Il n'avait jamais eu d'hématémèses. L'examen radiographique à ce moment-là ne montrait rien

d'anormal à l'estomac. Cependant on avait posé le diagnostic de néoplasme et on s'apprêtait à faire une intervention chirurgicale.

Un Bordet-Wasssermann se montra entièrement positif alors que la syphilis était inconnue du malade qui avait deux enfants parfaitement normaux. Un traitement par le cyanure intra-veineux amena une amélioration rapide avec reprise d'appétit et de poids : le diagnostic d'ulcération gastrique syphilitique fut alors posé. Le traitement fut interrompu en août et septembre 1922 et lorsque le malade fut revu en octobre, il était de nouveau très amaigri, souffrait encore et présentait à ce moment-là un ictère assez peu intense mais du type de l'ictère par rétention. La reprise du traitement amena une nouvelle amélioration progressive jusqu'à faire disparaître l'ictère. Dès lors le traitement fut ininterrompu (cyanure intra-veineux, bismuth, novarsénobenzol). Signalons que plusieurs examens radiologiques furent encore négatifs.

En avril 1924, douleurs violentes, continues avec paroxysmes intolérables dans la région épigastrique, si bien que malgré les examens radiologiques négatifs, on pense à des brides ou à des adhérences péri-gastriques, voire péri-vésiculaires. En juillet 1924, intervention chirurgicale pratiquée à l'hôpital Beaujon et qui montra un vaste ulcère de la petite courbure remontant jusqu'au cardia, ulcère plan sans bords saillants.

Décès à la suite d'une broncho-pneumonie post-opératoire.

L'examen histologique a montré une artérite oblitérante des artères de l'estomac et des aspects très nets de gommes microscopiques.

Discussion de cette observation. — Si la syphilis n'avait pas été fortuitement révélée parce qu'on la rechercha cette observation eût été évidemment étiquetée néoplasme de l'estomac. L'évolution fatale montra en fait la malignité de la lésion; mais il s'agit là d'une forme pseudo-néoplasique typique et nous en trouvons des preuves de deux ordres.

1° Preuve thérapeutique : à plusieurs reprises le traitement améliore les troubles alors que l'état paraissait des plus graves et qu'un ictère faisait même croire à une métastase hépatique.

2° Des preuves histologiques sont encore plus importantes. Nous n'avons pu avoir de grandes précisions sur l'intervention chirurgicale non plus que le détail exact de l'examen de la pièce prélevée mais les renseignements fournis par l'intermédiaire du docteur Friedel sont suffisamment explicites. On n'a pas trouvé de lésions cancéreuses, mais au contraire des lésions ont été retrouvées qui plaident pour la syphilis (lésions d'artérite et surtout gommes microscopiques) de sorte que le diagnostic de forme pseudo-néoplasique de la syphilis gastrique nous paraît net.

Nous voulons insister sur un dernier point c'est qu'après des résultats momentanément heureux par le traitement spécifique l'échec demeura complet devant ces lésions indélébiles à type pseudo-néoplasique.

LES STÉNOSES GASTRIQUES

Sténose syphilitique du pylore. — La sténose pylorique peut accompagner toutes les variétés de lésions syphilitiques de la région. Il peut s'agir, suivant les cas, d'une sténose à rechutes progressant lentement, donnant l'impression d'être liée à une lésion de nature bénigne, ou d'une sténose à marche rapide ou progressive stimulant la sténose cancéreuse; avec amaigissement considérable, liquide de stase dont l'analyse montre l'absence d'acide chlorhydrique libre, l'hyperacidité de fermentation.

Il est difficile de reconnaître la nature de la lésion et c'est souvent l'examen histologique de la pièce enlevée par le chirurgien qui permet de reconnaître la nature spécifique de la lésion.

Dans d'autres cas, au contraire, on songe à la syphilis et l'on tente le traitement d'épreuve. Einhorn, Fournier, Leven, Bensaude et Rivet ont pu obtenir des succès du moins dans les formes gommeuses, les formes cicatricielles n'étant que partiellement améliorables par le traitement médical. C'est ainsi que dans un cas de Bensaude et Rivet, l'amélioration obtenue à diverses

reprises par le traitement spécifique, bien que très notable, fut cependant insuffisante et l'on dut finalement, à l'occasion d'une rechute, pratiquer une gastro-entérostomie.

Sténose médio-gastrique syphilitique. — C'est la forme de syphilis gastrique sténosante la plus fréquente. Avant la radiologie, les observations en étaient relativement rares; cependant quelques cas ont été relatés au point de vue anatomique par Frerichs (1866), Rudnew (1890), Stolper (1895); le plus remarquable est celui de Lafleur (1903) découvrant au cours d'une intervention l'existence d'une sténose médio-gastrique et la présence de gommes calcifiées sur le bord libre du foie, l'auteur referme l'estomac et la paroi abdominale sans pratiquer de gastro-entérostomie et institue un traitement spécifique qui rétablit rapidement le malade.

Depuis la radioscopie cette question a été reprise et des cas de biloculation spécifique ont été rapportés par Leven et Barret, Béclère et Bensaude, Gailliard et Mendelsohn.

Dans l'observation déjà ancienne de Leven et Barret (1910) il s'agissait d'une femme de 40 ans, atteinte d'anémie extrême, d'amaigrissement prononcé, de douleurs gastriques violentes et de vomissements incessants; l'examen radioscopique révèle l'existence d'un rétrécissement très serré de 4 à 5 cm. de longueur, commençant à 10 cm. au-dessous du cardia. Sous l'influence d'injections de biiodure de mercure et de prises d'io-

dure de potassium, la douleur disparaît, l'amaigrissement cesse et le malade regagne trois kilos en moins d'un mois.

Dans celle de Béclère et Bensaude, il s'agit d'un malade de 54 ans, ayant contracté la syphilis trente ans auparavant, atteint une première fois de douleurs gastriques sans vomissements ni hémorragie avec amaigrissement rapide de 20 kilos. L'ensemble fait penser à un ulcère; mais tout régresse sous l'influence du régime. Onze ans plus tard, mêmes symptômes qui ne cèdent plus au régime et, en deux mois le malade arrive à un état de cachexie qui fait penser au cancer.

L'examen radiologique de l'estomac montre l'existence de deux poches gastriques communiquant difficilement entre elles.

On tente un traitement spécifique : dès les premières piqûres de biodure de mercure, l'amélioration est telle que le malade peut quitter son lit; puis tous les troubles digestifs ayant disparu rapidement, il se réalimente, reprend ses occupations, augmente rapidement de poids.

Ultérieurement, les phénomènes gastriques restent silencieux, mais l'estomac a gardé toujours un léger aspect biloculaire et le malade continue de maigrir lorsqu'il cesse pendant une période assez longue le traitement spécifique.

Dans un cas publié par Guyot et Chavannaz (1924), il existait une sténose médio-gastrique permanente, avec anachlorhydrie complète du liquide de stase. Une

intervention chirurgicale fut pratiquée : on sectionne une toute petite bride de la région moyenne de l'estomac, on ne constate pas d'autre lésion, mais de très nombreux ganglions au niveau de la grande et de la petite courbure; l'un de ces ganglions biopsié, ne présentait aucune lésion tuberculeuse ou cancéreuse. Les accidents douloureux persistant, on recherche la réction de Bordet-Wassermann qui se montre nettement positive. Un traitement arsénobenzolé par voie sous-cutanée amena une amélioration rapide.

Sténose syphilitique du cardia. — Les cas publiés sont rares. Berthier, dans sa thèse (1908) n'en trouve qu'un cas dû à Bouveret considéré d'ailleurs comme discutable Bensaude et Rivet, chez une malade atteinte de linite syphilitique ont constaté une sténose du cardia, accompagnant une ulcération de la région et qui céda rapidement au traitement spécifique. Dans un autre cas, ils ont observé l'association d'une sténose médio-gastrique et d'une sténose du cardia. Cette multiplicité des localisations, donnant des images radiologiques très curieuses semble, d'après les auteurs, être un élément en faveur de la nature syphilitique des lésions.

LINITE PLASTIQUE

La linite plastique n'est pas une rareté, bien que d'une fréquence relative. Elle a été bien décrite par Fournier sous le nom d'infiltration hyperplasique de l'estomac, puis par Bûnmer, Fubriger, Wagner.

Symptômes. — Dans sa forme diffuse, elle rétrécit, atrophie l'estomac et lui donne une rigidité particulière. Les signes cliniques peuvent en être assez peu marqués (troubles dyspeptiques divers); mais la radioscopie fait apparaître la triade de Béclère et Mériel : petit estomac, rigidité (sans contractions péristaltiques et sans déformation provoquée), incontinence pylorique. Le petit estomac de Leven et Barret appartient à cette forme; c'est une véritable cirrhose atrophique de l'organe.

Plus souvent, le processus cicatriciel est localisé et aboutit à une sténose cardiaque et surtout pylorique. Brissaud avait d'ailleurs dès longtemps considéré la linite du pylore comme parfois syphilitique.

Bensaude et Rivet ont rapporté une observation de limite syphilitique dont voici l'histoire résumée : « Une femme de 35 ans qui présente des troubles gastriques. On constate une sténose médio-gastrique et une sténose du cardia; au niveau de celle-ci l'œsophagoscopie montre une ulcération qui fait penser à la syphilis. Sous l'influence du traitement spécifique, la sténose du car-

dia disparaît et la sténose médio-gastrique régresse; en même temps la malade, dont la dénutrition prenait des proportions inquiétantes, recommence à engraisser pour reprendre rapidement un état général satisfaisant. Mais la radioscopie montre l'apparition des caractères suivants : un estomac petit, ratatiné et très peu dilatable, une incontinence pylorique complète, un bulbe duodénal considérablement dilaté, et cette image persiste en dépit des traitements, sans donner naissanceà des troubles fonctionnels ou généraux notables. Les premières phases de l'affection ont donc cédé au traitement pour laisser place à une phase qui paraît définitive et dans laquelle l'estomac réalise les caractères essentiels de la limite.

Pour Faroy le terrain syphilitique peut conditionner la réaction fibreuse qui caractérise la limite cancéreuse banale, hypothèse déjà envisagée par Xalipré et Beaurain, Babonneix et Vigot. Nous rappellerons les observations de Faroy (*Arch. des mal. de l'appareil dig.*, 1924). A l'autopsie de trois sujets morts de limite Faroy trouve qu'il existe une réaction particulière du tissu conjonctif, dissociant à l'extrême le tissu néoplasique proprement dit.

Deux de ces malades étaient des syphilitiques avérés. Le foie de ces deux malades est atteint d'une cirrhose qui rappelle tout à fait certaines cirrhoses syphilitiques. D'autre part des lésions artérielles, du type syphilitique (endartérite, mésartérite, panartérite) étaient nombreuses et se rencontraient dans divers organes (foie, estomac, pancréas).

CRISES GASTRIQUES DU TABES

Nous passerons rapidement sous silence les crises gastriques accidents du tabès, qui suivant la conception classique sont d'origine purement nerveuse et ne sont nullement liées à une lésion organique.

Cependant Castaigne a montré que certains syphilitiques, offrant des signes d'ulcère gastrique radioscopiquement vérifiés ont des signes de tabès au début et que cet ulcère syphilitique est parfois le premier stade du syndrome crise gastrique. Crohen a rapporté 3 cas d'ulcère gastrique ou duodénal chez des tabétiques, mais les considère comme une pure coïncidence; John W. Schumann relatant un cas analogue manifeste une opinion opposée. Et Welchselbaum ne constate que trois cas d'ulcus sur quinze tabétiques.

M. Bouchut a décrit sous le nom de gastro-radiculites des troubles gastriques provoqués par l'altération des racines postérieures qui contiennent les nerfs sensitifs de l'estomac; ces troubles ont été observés chez des syphilitiques non tabétiques, mais porteurs de manifestations radiculaires sensitives ou motrices toujours discrètes. Or le même auteur a rapporté ultérieurement trois cas où ulcère et gastro-radiculite coexistaient. Est-ce une coïncidence? Est-ce une double manifesta-

tion d'une même cause? L'ulcère est-il la conséquence de la lésion radiculaire isolée; est-il commandé comme un véritable mal perforant par des altérations des filets sympathiques de l'organe; ou faut-il admettre comme pour les maux perforants une pathogénie plus complexe où les lésions à distance et les lésions locales portant sur les vaisseaux, les nerfs et les autres tissus ont probablement une part égale dans la production de perte de substance et les difficultés de sa réparation.

Les manifestations cliniques de la syphilis gastrique sont donc essentiellement polymorphes et aucun ne présente de caractère pathognomonique, les symptômes étant dus au siège et aux caractères anatomiques des lésions bien plus qu'à leur nature. Aussi ne peut-on arriver au diagnostic qu'en y pensant toujours. Fournier disait que les affections syphilitiques de l'estomac, bien que très rares, étaient cependant moins rares qu'on ne le pensait couramment.

Etiologie. — Aussi rechercherons-nous : la notion des antécédents spécifiques ou la coexistence d'autres manifestations syphilitiques en évolution. La recherche de la réaction de Bordet-Wassermann. Mais n'est-ce pas une gastrite banale chez un syphilitique? Ici les statistiques dont nous avons parlé au cours de cette étude sont là pour nous montrer qu'il existe bien des lésions gastriques spécifiques.

Clinique. — On pourra, par une étude attentive de l'observation clinique, avoir quelques indices de proba-

bilité. Tel par exemple un cancer de l'estomac qui aurait une marche très lente et qui ferait poser avec quasi-certitude le diagnostic de syphilis gastrique.

Epreuve thérapeutique. — Cependant la certitude par l'épreuve thérapeutique ne sera pas toujours acquise; car il peut s'agir de lésions qui se sont sclérosées et même si c'est de la vérole on n'aura pas de bons résultats.

Argument anatomique. — Après opération chirurgicale ou post-morten. On peut avoir affaire à des gommes. Dans ce cas le diagnostic est posé. Mais malheureusement il n'en est pas toujours ainsi et ces cas sont très rares. Il peut s'agir alors de lésions banales de l'estomac ce qui est de beaucoup le plus fréquent. Alors dans ces cas on recherchera quelques caractères de la syphilis et souvent on trouvera des lésions artérielles imputables à cette affection.

CONCLUSIONS

I. La syphilis gastrique est l'une des syphilis viscérales dont le champ paraît à la fois le plus vaste et le moins bien connu. C'est qu'il n'y a pas de signe pathognomonique, de syndrome vraiment spécifique.

II. Les statistiques pourraient permettre de se faire une idée de l'importance du rôle de la syphilis en pathologie digestive; soit qu'on étudie la fréquence des lésions digestives chez les syphilitiques, soit qu'on étudie la fréquence de la syphilis chez les gastropathes.

Le traitement spécifique est parfois un véritable traitement d'épreuve : mais ce cas est loin d'être fréquent.

Au point de vue anatomique, le constat de gommes gastriques est une preuve décisive. Mais cet argument n'a qu'une valeur théorique, pratiquement la gomme gastrique est une rareté et n'a pas d'histoire clinique nette.

En clinique le problème est surtout de dépister le rôle possible de la syphilis, sous les syndromes gastriques les plus divers.

III. Dans la syphilis secondaire, l'appareil digestif peut être touché, mais de manière peu importante. Ce

n'est qu'un symptôme parmi bien d'autres de la septicémie syphilitique.

IV. La syphilis tertiaire surtout est en cause : son rôle a été invoqué dans les affections gastriques les plus diverses :

1° Des *dyspepsies* ont été attribuées à la syphilis. Elles ne se distingueraient en rien des dyspepsies banales; un seul argument, le traitement.

2° *Ulcère de l'estomac et syphilis.* — Deux cas se présentent : *a*) *Tantôt* il s'agit d'un ulcère typique et banal, dont l'origine serait syphilitique. Les arguments en faveur de cette origine syphilitique de l'ulcère, se fondent sur : la fréquence des antécédents spécifiques, la fréquence de la sérologie positive, l'anatomie pathologique.

b) *Tantôt* il s'agit d'un ulcère syphilitique bien individualisé. Les arguments invoqués se fondent, sur le chimisme gastrique (hypochlorhydrie), le cyto-diagnostic, mais en fait un seul argument paraît valable : c'est l'action du traitement spécifique. Du reste cet ulcère syphilitique dû à l'ouverture d'une gomme ramollie semble être très rare.

3° *Forme pseudo-cancéreuse.* — C'est une forme plus spéciale à la syphilis gastrique, donnant tout le tableau d'un néoplasme, mais quelques nuances cliniques attirent l'attention.

1° Altération moindre de l'état général;

2° Evolution beaucoup plus prolongée que dans le néoplasme.

3° Action du traitement, enfin, qui reste comme précédemment le point capital. Il est d'ailleurs souvent très difficile de dire s'il ne s'agit pas d'un néoplasme vrai chez un syphilitique.

4° *Sténoses gastriques.* — Pour les sténoses pylorique, médio-gastrique, cardiaque, nombre d'auteurs, invoquent le rôle de la syphilis, mais il reste bien plus aléatoire. Cliniquement c'est encore l'épreuve du traitement qui est la seule décisive en faveur de la syphilis. C'est la preuve anatomo-histologique qui, d'autres fois, vient après coup donner le diagnostic.

5° *Linite plastique.* — C'est le syndrome gastrique qui est le mieux connu, comme étant de nature syphilitique; toutes les statistiques s'accordent à ce sujet.

6° A propos des crises gastriques du tabès, elles-mêmes, on s'est demandé s'il ne s'agissait pas de syphilis gastrique : certains ont invoqué la présence, soit d'un ulcère syphilitique banal, soit d'un ulcère trophique.

V. En résumé, aucun syndrome gastrique n'est nettement syphilitique dans son allure, et l'on n'arrive à l'hypothèse de syphilis gastrique, qu'en utilisant : 1° des arguments étiologiques; 2° statistiques; 3° cliniques et surtout deux arguments d'ordre et de valeur bien différents : *a*) arguments anatomo-pathologiques de grand intérêt théorique, *b*) arguments thérapeu-

tiques; c'est, au fond, le seul critérium de la syphilis gastrique, avec ces réserves : qu'ils ne réalisent pas toujours un traitement épreuve aussi évident qu'on pourrait le croire.

De sorte que : il n'est pas un seul syndrome ou symptôme gastrique spécial à la syphilis gastrique.

Il est impossible d'affirmer souvent que la syphilis joue le seul rôle, dans une affection gastrique, tant il peut y avoir de coïncidences, de multiples causes associées : et, trop souvent, on ne peut que conclure à une affection gastrique — ulcère ou cancer — chez un syphilitique sans pouvoir préciser le plus souvent si la syphilis, est, ou non, la seule efficiente.

Autrement dit, en matière de syphilis gastrique, il n'est guère en pratique que des cas de discussion, il n'y a pas de certitude.

Vu : *Le Président*,
RATHERY

Vu : *Le Doyen*,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Andral. — *Clinique médicale*. Paris 1834, t. II p. 201.

Basher. — *Thèse de Daris*, 1904 (Syphilis de l'estomac.)

Bard. — Du diagnostic des tumeurs syphilitiques de l'estomac et de l'intestin. (*Arch. mal. app. dig. et nutrition*, janvier 1915.)

Baulot. — Contribution à l'étude de la syphilis de l'estomac à forme ulcéreuse (*Thèse Paris*, 1921.)

Beclère et **Bensaude**. — Un cas de syphilis gastrique. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 19 mai 1911.)

Bensaude et **Rivet**. — Syphilis de l'estomac. (*Presse médicale*, 25 oct. 1919.)

— Les manifestations gastriques de la syphilis. (*Journal de médecine et de chir. prat.*, 10 déc. 1924.)

L. Bory. — De la nécessité et des moyens de standardiser la réaction de B.-W. (*Presse méd.*, 14 janvier 1922.)

Bouchut. — Gastro-radiculite et ulcère de l'estomac. (*Soc. de chir. de Lyon*, 27 oct. 1921.)

Cade et **Morenas**. — Ulcus gastrique d'origine syphilitique. (*Arch. des mal. de l'appareil dig.* t. XII, 1922, p. 105.)

Castaigne. — La syphilis dans les maladies chroniques. (*Journal méd. français*, de 1918.)

Castex M. Mariano.— La syphilis dans l'étiologie des ulcères gastriques et duodénaux. (*Pressa medica Argentine*, 30 oct. 1917.)

Cornil. — Leçons sur la syphilis. (Paris, 1879, p. 406.)

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne, 1904.
— Clinique médicale.
Dujardin Beaumetz. — Syphilis tertiaire. — Phénomènes du côté du poumon et de l'estomac. Hématémèses. Traitement par l'iodure de potassium. Guérison.
Faroy. — *Arch. des mal. app. dig. et nut.*, 1924 (juillet).
Fournier. — La syphilis (juillet 1908.)
— Traité de la syphilis (1906, t. II, p. 486). — Notes sur certains cas curieux de boulimie et de polydypnée d'origine syphilitique. (*Gaz hebd. de méd. et de chir.*, févr. 1871.)
L. Gailliard et **Em. Mendelsohn**. — Un cas de syphilis gastrique. (*Soc. méd. des hôp. de Paris*, 16 mai 1919.)
Gouzot. — Contribution à l'étude des mal. de l'est.
Guyot et **Chavannaz**. — Syphilis de l'estomac (*Soc. anatom. cl. de Bordeaux* séance du 5 mai 1924. — *Journal de méd. de Bordeaux*, 10 oct. 1924.)
G. Hayem. — Syphilis tertiaire. — Hématémèses. Guérison par le traitement spécifique. (Paris, 1889, p. 231.)
— De la syphilis stomacale. (*Presse méd.*, 18 févr. 1905.)
— Sur un nouveau cas de syphilis stomacale. (*Presse méd.*, 2 mai 1906.)
Kurzenne. — Formes cliniques de la syphilis gastrique de l'adulte. (*Thèse Paris*, 1921.)
Lancereaux. — Traité de la syphilis, 1886, p. 310.
M. Letulle. — Les « laissés pour compte de la médecine de guerre. (*Presse méd.* n° 36, 26 juin 1919.)
M. Lœper et **L. Bory**. — A propos de la syphilis gastrique. (*Journal méd. français*, déc. 1922.)
Lœper et **Oppenheim**. — La dyspepsie tabétique. (*La Semaine méd.*, 4 févr. 1914, n° 15.)
G. Leven. — La syphilis gastrique. (*Bulletin général de thérapeutique*, juillet 1913, p. 62.)
G. Lion. — Les faux cancers de l'estomac. (*Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nut.*, mars 1819.)
M. Lipschitz. — Syphilis de l'estomac à forme pseudo-cancéreuse. (*Thèse Paris*, 1921.)

Mathieu et **Laboulais**. — La syphilis gastrique. (*Gaz. des hôp.*, 1911.)

E. H. Ozenne. — Du cancer chez les syphilitiques. — De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier. (*Thèse Paris* 1884 et *Mémoires de chirurgie*, t. V, 1888.)

H. Dater. — Sur le syphilis de l'estomac. (*Thèse Paris*, 1901.)

F. Ramond. — Les dyspepsies (2e édition, p. 191, Paris 1920.)

Soupault. — Traité des mal. de l'est. (*Syphilis de l'est.*, p. 617.)